

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1927-1928 N° 13

L'OPHTALMIE MÉTASTATIQUE à PNEUMOCOQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 22 Novembre 1927.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean CONNES

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 23 Décembre 1902 à TOULON (Var)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1927

L'OPHTALMIE MÉTASTATIQUE A PNEUMOCOQUES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1927-1928 N° 13

L'OPHTALMIE MÉTASTATIQUE à PNEUMOCOQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 22 Novembre 1927.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean CONNES

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 23 Décembre 1902 à TOULON (Var)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNEQ.
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales	PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BÉRARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET.
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNEQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON.
Anatomie pathologique	X.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	X.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	Etienne MARTIN.
Pharmacie	COURMONT (P.).
	SAVY.
	LEULIER.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS.
— — — Prépédutique de gynécologie	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	DUNET.	DUFOURT.
TRILLAT.	FAVRE.	CHALIER (André).	GABRIELLE.
SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	MANCEAU.
FLORENCE (G.).	RHENTER.	NOEL.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	MAZEL.	CHEVALLIER.	MARTIN (Ph.).
CORDIER (V.).	SANTY.	DUMAS.	ROCHET (Ph.).
		DEVIC.	WERTHEIMER.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, président ; BONNET, assesseur

SANTY et CHALIER A., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A qui je dois tout.

A MA SŒUR

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET
*Professeur de la Clinique Ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur.*

Il nous a inspiré le sujet de ce travail et nous a aidé de ses précieux conseils.

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MES MAÎTRES DES FACULTÉS DE MÉDECINE
DE LYON ET DE MONTPELLIER

A MES CHEFS

Introduction

Des multiples complications qui peuvent survenir au cours des pneumonies, broncho-pneumonies et autres affections à pneumocoques, les complications oculaires sont très probablement une de celles qui sont les moins connues. En tout cas on ne les trouve mentionnées dans aucun des Traités classiques de Pathologie Interne que nous avons pu consulter et dans aucun des ouvrages généraux d'Ophtalmologie, à l'exception toutefois de l'Encyclopédie Française d'Ophtalmologie.

Cependant, si l'on fait des recherches bibliographiques un peu sérieuses, on trouve un certain nombre d'observations éparses dans la littérature. D'autre part, ayant eu l'occasion d'observer dans le service de M. le Professeur Rollet un cas particulièrement intéressant et rare de ténionite et d'ophtalmie suppurées chez un pneumonique, nous avons été conduit à faire de l'ophtalmie métastatique à pneumocoques le sujet de notre thèse.

Nous avons étudié les observations parues jusqu'à ce jour et nous avons essayé d'en tirer des conclusions.

Nous avons obéi aux conseils et à l'inspiration de notre maître, M. le Professeur Rollet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, dont nous avons suivi l'enseignement avec le plus vif intérêt. Qu'il nous soit permis de lui témoigner publiquement toute notre reconnaissance pour le bienveillant accueil avec lequel il nous a reçu et les précieux conseils qu'il a bien voulu nous donner.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Les oculistes du xviii^e siècle et ceux de la première moitié du xix^e, attachaient trop d'importance aux causes éloignées des maladies oculaires pour ne pas avoir remarqué les relations existant entre certaines inflammations suppuratives de l'œil et d'autres états inflammatoires de l'organisme.

Déjà, en 1722, Saint-Yves rapporte l'histoire d'une femme qui, à la suite d'une pleurésie (?), eut les deux yeux successivement atteints de « l'Ophtalmie la plus violente appelée chémosis ». Fischer, en 1845, signale également le cas d'un jeune homme qui présentait une ophtalmie purulente au cours d'une pyohémie.

L'ophtalmie métastatique à pneumocoques n'a été bien individualisée que depuis l'ère pasteurienne. C'est Herrnheiser qui le premier, en 1893, caractérise le pneumocoque dans le pus oculaire. Cependant,

avant cette date, certaines observations intéressantes avaient été signalées.

Dès 1853, Arlt rapporte le cas d'un enfant atteint de pneumonie, qui eut des abcès méningés et une choroïdite suppurée métastatique.

En 1874, Piéchaud a vu une choroïdite suppurée avec perforation spontanée de la sclérotique se développer chez une femme qui succomba de pneumonie grave.

Mitvalsky, en 1889, signale le cas d'une femme de 44 ans qui eut au septième jour d'une pneumonie une panophtalmie métastatique avec perforation spontanée.

En 1890, Nantanson et Eversbuch signalent plusieurs cas d'ophtalmie post-pneumonique. En 1893, Herrnheiser isole le premier le pneumocoque du pus oculaire chez un pneumonique.

A partir de 1894, Goh et Axenfeld font paraître une série d'articles où ils étudient en détail l'anatomie pathologique et la bactériologie des complications oculaires survenant au cours des maladies générales. Axenfeld en particulier rapporte vingt-trois cas de panophtalmie infectieuse et démontre le rôle important du pneumocoque observé dans neuf cas.

Depuis cette période, les observations se sont multipliées, nous pouvons citer celles de Haushalter et Vilber (1895), Ahlström (1897), Silcock (1900), Petit (1901), Bietti (1902), Cosmettatos (1912).

Fava, en 1913, provoque chez le lapin des panophtalmies expérimentales par injections intra-veineuses de cultures de pneumocoques.

En 1920, Terlinck publie un cas de ténonite et choréïdite simultanées à pneumocoques, chez un malade atteint de pneumonie.

Samperi (1920), Touzet (1921) apportent chacun une observation de panophtalmie métastatique à pneumocoques.

Dupuy-Dutemps, en 1922, à la Société Française d'Ophthalmologie, traite la question des ophtalmies métastatiques qu'il appelle « *endophtalmies hémosporiques* ». Il note l'importance du pneumocoque. Villard étudie, en 1922, les complications oculaires des pneumonies et broncho-pneumonies.

Lagrange, en 1923, apporte une observation de panophtalmie à pneumocoques chez un malade atteint de septicémie.

Nous apportons un cas de ténonite et choréïdite suppurées à pneumocoques chez un malade atteint de pneumonie.

La question des ophtalmies métastatiques à pneumocoques n'est donc pas nouvelle.

Nous insisterons particulièrement sur les formes cliniques du début, et nous citerons, à l'appui de notre travail, parmi les nombreuses observations trouvées au cours de nos recherches, celles qui nous aurons paru les plus démonstratives.

CHAPITRE II

Etiologie

L'ophtalmie métastatique à pneumocoques est la localisation oculaire de la septicémie pneumococcique au même titre que les autres localisations viscérales.

L'étiologie de cette complication oculaire se confond avec celle de la pneumococcie sanguine qui lui a donné naissance. La cause presque exclusive est la pneumonie : nous la relevons douze fois dans nos quinze observations. L'ophtalmie métastatique peut se manifester dès les premiers jours de la pneumonie, mais surtout après la première semaine, au moment de la défervescence; dans d'autres cas, assez fréquents, elle est plus tardive, et c'est au cours de la convalescence qu'elle fait son apparition.

La septicémie peut avoir une autre origine, et c'est quelquefois une lithiasé biliaire infectée, qui est responsable de cette complication. Chez les enfants, c'est surtout la broncho-pneumonie qui est en cause,

D'une manière générale, tout foyer à pneumocoques, situé en un point quelconque de l'organisme, est susceptible d'être la source d'une septicémie qui transportera les germes infectieux dans le reste de l'économie.

Dans quelques cas, la porte d'entrée microbienne est passée inaperçue : la septicémie est dite primitive. Mais, si l'on étudie soigneusement les antécédents immédiats du malade, on note souvent une phase angineuse à laquelle il n'avait pas prêté grande attention à cause de sa bénignité.

Plusieurs cas d'ophtalmie métastatique furent signalés au cours des grandes épidémies grippales; la nature bactériologique était rarement indiquée : il est probable que le pneumocoque y a tenu une grande place.

L'âge n'a aucune influence; tous les sujets sont également réceptifs vis-à-vis de l'infection pneumococcique; cependant les nourrissons sont les plus gravement touchés.

Au cours de nos recherches, nous n'avons pas remarqué que les affections oculaires antérieures, ou les traumatismes de l'œil, jouent un rôle localisateur, dans la septicémie pneumococcique.

Si l'on compare le nombre très élevé de pneumonies observées chaque année et le nombre restreint d'observations d'ophtalmie à pneumocoques parues jusqu'à ce jour, on constate qu'il s'agit là d'une affection rare, mais qu'il faut bien connaître en raison de sa gravité.

CHAPITRE III

Pathogénie

Les microbes arrivent au niveau des membranes internes de l'œil par la voie sanguine. Pour bien mettre en évidence l'ensemencement par le sang, Dupuy-Dutemps a, dans son rapport à la Société Française d'Ophtalmologie (1922), proposé le terme « d'endophthalmie hémosporique », dénomination qui nous semble plus exacte et plus précise que celle d'ophtalmie métastatique.

Dans les vaisseaux oculaires, la localisation microbienne peut théoriquement se faire de trois manières :

1° Un embolus septique, parti d'un point du torrent circulatoire, d'une valvule aortique par exemple, s'il y a endocardite végétante, comme cela s'observe fréquemment dans les septicémies, viendra échouer dans le territoire vasculaire de l'œil.

2° Sans qu'il y ait d'embolus préexistant, des mi-

crobes viendront faire embolie au niveau des capillaires rétiniens ou choroïdiens.

3° Une thrombose septique va se produire à la faveur de la stase sanguine et des altérations vasculaires dues à la septicémie.

Premier mode. — Il est peu vraisemblable, car des foyers concomitants, au niveau du cerveau par exemple, qui dans ce cas devraient être la règle, sont au contraire l'exception même dans le cas d'ophtalmie bilatérale. Dans ce cas, d'ailleurs, il faudrait admettre que les circonstances exceptionnelles qui ont permis la première embolie se reproduisent une seconde fois. De plus, il faut remarquer que l'artère ophtalmique se détache à angle droit de la carotide interne et que son calibre est assez peu considérable. Enfin les capillaires rétiniens sont bien fins pour qu'une embolie, même petite, puisse parvenir jusqu'à eux.

Deuxième mode. — L'exiguïté de ces capillaires qui présentent de 4 à 6 μ de diamètre, n'empêche pas la formation d'embolies microbiennes. D'autre part les artères rétiniennes non anastomosées entre elles sont du type terminal; d'où il résulte que l'oblitération d'une branche amène l'arrêt de la circulation dans tout un territoire; il s'ensuit une nécrose qui favorise le développement des lésions.

Troisième mode. — Il y a thrombose des vaisseaux. Cette thrombose est déterminée par l'action des toxines, puis celle des microbes. Les toxines déversées dans le torrent circulatoire avant les microbes, vont créer des phénomènes de vaso-constriction ou de va-

so-dilatation, entraînant une gêne circulatoire. Puis la septicémie continuant son action, va créer des lésions endothéliales vasculaires en des points variables suivant les sujets.

Ces deux sortes de lésions vont produire des lieux d'arrêt où se fixeront les microbes ambulants dans le sang.

Cette théorie rend mieux compte des faits cliniques, explique la fréquence relative de la bilatéralité, la lenteur de la marche de la cécité qui n'est pas subite, comme dans le cas d'embolie.

La théorie de l'embolus étant niée à l'heure actuelle, il ne reste donc plus que deux théories en présence pour expliquer la pathogénie de l'ophtalmie métastatique : l'embolie microbienne, la thrombose. Le début de l'affection sera différent suivant la localisation initiale de l'embolie microbienne ou de la thrombose. Avec M. le Professeur Rollet, nous admettons que l'infection peut débiter :

A. AU NIVEAU DU SEGMENT POSTÉRIEUR DE L'ŒIL.

1° par les artères musculaires, il en résulte l'infection de la capsule de Tenon ou *ténonite*;

2° par les artères ciliaires courtes postérieures, d'où choroïdite;

3° par l'artère centrale de la rétine, d'où *rétinite*.

B. AU NIVEAU DU SEGMENT ANTÉRIEUR.

1° par les artères ciliaires longues postérieures, d'où *iritis*.

2° par le plexus capillaire annulaire périlimbaire, d'où *abcès annulaire de la cornée*,

Ces différentes affections peuvent guérir, mais le plus souvent l'infection gagne de proche en proche, s'étend à tout le globe oculaire, créant ainsi la panophtalmie.

Etude expérimentale

En 1913, Fava a fait des expériences dignes d'être retenues. Après une injection intra-veineuse de culture atténuée de pneumocoques au lapin, animal très sensible, il reprit ce pneumocoque et pour l'adapter à l'œil fit trois passages successifs par inoculation directe dans l'œil du lapin, où il déterminait chaque fois une panophtalmie.

Les cultures de ce pneumocoque ainsi préparé à une action élective sur l'œil furent injectées par voie intra-veineuse à cinq lapins. Deux ne présentèrent pas d'accidents; un eut un abcès de la paupière; sur les deux autres, sans aucun traumatisme local, se développa une ophtalmie métastatique qui débuta quatre et huit jours après l'injection.

L'énucléation fut faite alors que l'inflammation primitivement profonde commençait à gagner le segment antérieur. Sur les coupes on constatait une suppuration de la rétine, de la choroïde et du vitré avec des pneumocoques disséminés dans ces tissus. Les altérations de l'iris et du corps ciliaire étaient plus légères. La localisation chorio-rétinienne primitive était évidente.

CHAPITRE IV

Formes cliniques et symptomatologie

Formes de début

Nous avons vu dans le chapitre de pathogénie que l'infection pouvait débiter par le segment postérieur de l'œil et donner la ténionite, la chorio-rétinite, soit par le segment antérieur, et donner l'iritis, l'abcès annulaire de la cornée.

Ténionite. — C'est le résultat de la localisation du pneumocoque dans l'espace cellulaire de Tenon que l'on a assimilé jadis à tort à une capsule articulaire.

Le début de l'affection est brusque et s'annonce par des douleurs péri-orbitaires intenses, survenant par accès, comme s'il s'agissait d'une névralgie. Ce qui est caractéristique, c'est que, dès le début, tout mouvement du globe est douloureux. Le malade ne peut suivre un objet déplacé devant ses yeux que grâce à

des mouvements d'ensemble de la tête; ses yeux restent immobiles.

Les deux ou trois premiers jours, les troubles fonctionnels se bornent aux douleurs dont nous venons de fixer le caractère et à la gêne des mouvements de l'œil. On n'observe, en effet, rien d'anormal à l'inspection des yeux; pas de rougeur de la conjonctive, car ce signe n'apparaît que secondairement. La vision n'est nullement troublée et rien n'explique, en apparence, les souffrances éprouvées par le malade.

Ces symptômes vont en s'accroissant et, dès le quatrième jour, alors que les douleurs orbitaires et péri-orbitaires, la gêne des mouvements, ont acquis leur summum d'intensité, apparaît un nouveau symptôme; l'injection sous-conjonctivale avec rougeur, bientôt suivie du gonflement des paupières et de chémosis ou œdème de la conjonctive péri-cornéenne.

Un autre signe important est l'exophtalmie. Elle n'est jamais très considérable et ne dépasse pas quelques millimètres, 2 à 7 au plus. En outre, elle se produit d'une manière uniforme : elle est directe. Ce fait a une grande importance, vu qu'il peut servir au diagnostic de la ténionite avec d'autres affections orbitaires s'accompagnant d'une exophtalmie qui présente des caractères différents.

Si l'intervention est précoce, la ténionite peut guérir sans laisser de troubles fonctionnels importants, mais cette éventualité est rare, et le plus souvent elle se complique de panophtalmie.

Chorio-rétinite. — Elle se présente sous deux formes cliniques : la chorio-rétinite purulente qui est de

beaucoup la plus fréquente, et la rétinite septique de Roth qui est une affection bénigne.

La chorio-rétinite purulente se traduit à l'extérieur par des symptômes variables : c'est l'injection épibulbaire et le chémosis qui attirent l'attention du clinicien; il s'y joint bientôt l'iritis et l'hypopyon. En d'autres cas, rien ne traduit au dehors les graves altérations du fond d'œil.

L'examen ophtalmoscopique donne peu de renseignements sur les symptômes de début, car l'affection a une marche très rapidement progressive : l'on se trouve presque toujours en présence d'une suppuration déjà si prononcée que l'on n'arrive pas à percevoir autre chose qu'un reflet grisâtre, uniforme, ou de grosses opacités flottantes dans le corps vitré.

En dehors de cette chorio-rétinite purulente, il peut survenir des métastases rétiniennes relativement bénignes, puisqu'elles présentent ce caractère important de se terminer souvent par la guérison. Cette affection fut décrite pour la première fois par Roth en 1872, puis par Goth, Peters. Cette rétinite ne provoque pas de réactions inflammatoires extérieures, ni de troubles visuels importants, sauf cependant si la macula est occupée par de petites hémorragies.

L'ophtalmoscope montre des petites plaques de dégénérescence, rondes, grisâtres, ou blanchâtres, proéminentes et rappelant assez bien une tuberculose de la rétine. Toutefois elle diffère essentiellement de cette affection parce qu'elle guérit dans tous les cas.

Iritis. — L'iritis métastatique à pneumocoques est une affection exceptionnelle. Au point de vue clinique

elle est caractérisée par des douleurs et de la photophobie très accentuées. Des symptômes généraux existent souvent (frissons, fièvre, insomnie). En même temps, un exsudat abondant couvre la pupille d'un voile grisâtre et trouble la vision. Quand la pupille se dilate sous l'action de l'atropine et que le bord de l'iris s'écarte, on voit un disque central, formé par l'exsudat, s'entourer d'un anneau noir et transparent.

Malgré sa grande intensité, l'iritis pneumococcique n'a pas de conséquences graves. La guérison survient dans une quinzaine de jours, l'exsudat se résorbe et la vue revient. Cette variété d'iritis est assez bien caractérisée par la réaction inflammatoire très vive, l'exsudation fibrineuse abondante suivie de guérison complète. Rousseau a remarqué la plupart du temps la coexistence d'iritis et d'affections cardiaques (aortites, anévrysmes) et par conséquent, selon toute vraisemblance, de syphilis ignorée.

L'abcès annulaire de la cornée est également une affection très rare. Elle consiste en une infiltration interstitielle se produisant sous forme d'un anneau caractérisé par une zone centrale relativement transparente, avec un liseré périphérique jaunâtre faisant penser à une collection suppurée liquide. Cette lésion est formée par une infiltration leucocytaire située entre les lames de la cornée, ce n'est donc pas à proprement parler un abcès, il n'y a pas de lésions superficielles prenant le bleu. Les phénomènes généraux sont variables; très souvent, l'infection gagne les autres membranes de l'œil.

Evolution

Nous venons de voir que la plupart des formes cliniques de début de l'ophtalmie métastatique à pneumocoques se compliquaient le plus souvent de panophtalmie. Ici, comme en pathologie générale, suivant le degré de virulence du microbe, suivant la résistance du sujet, nous aurons la forme aiguë ou la forme chronique.

La *panophtalmie suppurée* est la forme la plus fréquente et la plus grave. Elle se caractérise subjectivement par la diminution puis la perte de l'acuité visuelle et par des douleurs plus ou moins violentes.

Objectivement, les paupières sont gonflées; la supérieure tombant sur l'inférieure détermine l'occlusion de l'œil; la sécrétion palpébrale continue à rendre les mouvements de l'œil impossibles. Le tissu cellulaire est envahi par l'œdème. La conjonctive est rouge, enflammée, et forme un bourrelet quelquefois énorme tout autour de la cornée. Celle-ci peut rester transparente; généralement elle se trouble, pour s'éclaircir lorsque l'infection décline, après l'expulsion des parties malades. A la période de suppuration l'iris devient terne; son aspect filbrillaire disparaît. La pupille ne se contracte plus à la lumière et est obstruée par des dépôts purulents.

La chambre antérieure, restée claire au début, se remplit de pus, donnant l'hypopyon. La perforation se fait bientôt. En général unique, elle siège constam-

ment dans l'hémisphère antérieur de l'œil. D'après la plupart des auteurs, c'est le plus souvent au niveau des insertions des muscles droits ou immédiatement en arrière qu'elle se produit.

Ophthalmie plastique. — Ici les symptômes sont peu violents : la suppuration est généralement absente, la douleur légère, le gonflement des paupières modéré, la vision disparaît plus lentement, la perforation est très rare.

Mais ici encore l'infection est étendue à tout l'œil et aboutit à la perte de la vision par phtisie du globe. Dans tous les cas de ce genre, l'œil peut être conservé en tant qu'organe, mais est perdu au point de vue fonctionnel.

Ophthalmie bilatérale. — N'est pas exceptionnelle. Le début se fait par l'un quelconque des deux yeux, le second est pris quelques heures, ou seulement quelques jours plus tard. Les lésions du fond d'œil sont semblables à celles du premier, mais rarement elles évoluent jusqu'à la période d'état. Dans les cas graves, et ils sont fréquents, la septicémie violente dont l'ophtalmie bilatérale est la manifestation, emporte le malade, alors que les lésions oculaires sont encore à la période de début. Dans d'autres cas, graves encore, le second œil n'a été pris que tardivement, alors que les lésions du premier étaient arrivées à la période d'état.

Assez rarement les deux yeux sont pris simultanément.

CHAPITRE V

Diagnostic

Une complication oculaire, survenant chez un sujet atteint depuis plus ou moins longtemps d'une maladie générale, devra faire penser à l'ophtalmie métastatique. Le diagnostic se fera assez aisément dans la majorité des cas; les lésions ont d'ailleurs le plus souvent une marche si rapide que l'incertitude ne peut subsister longtemps.

La chorio-rétinite purulente est la forme de début la plus fréquente et la plus grave, car elle se complique fatalement de panophtalmie; nous insisterons sur le diagnostic. Le malade se plaint surtout de la perte progressive de la vision.

Si, au début, l'on fait l'examen ophtalmoscopique, on remarque : une disparition des vaisseaux rétiens, avec un trouble diffus de la rétine, des hémorragies le long des vaisseaux et une infiltration générale qui ne tarde pas à s'étendre à toutes les régions voisines. Cet aspect du fond de l'œil change d'heure

en heure, par suite de la propagation de l'infection au vitré, il devient impossible de suivre la marche envahissante des lésions.

Lorsque le malade avertira de la baisse de son acuité visuelle, le vitré sera atteint et le diagnostic sera alors presque évident. Tous les symptômes que nous avons rappelés dans l'étude clinique apparaîtront jusqu'à la perforation du globe ou son atrophie.

Le diagnostic différentiel sera également facile à faire, tout au moins dans les formes rapides; il est un peu hésitant dans les formes à allure torpide, à début insidieux, où les lésions sont limitées.

On éliminera la conjonctivite purulente, qui, comme l'ophtalmie, présente du gonflement et de l'œdème des paupières, quelquefois du chémosis et de la douleur du globe. Mais deux caractères différencient ces deux affections. En premier lieu, dans la conjonctivite, les lésions siègent en avant de l'œil, la vue n'est pas atteinte; dans l'ophtalmie la vision est attaquée immédiatement. D'autre part, la conjonctivite purulente s'accompagne d'un écoulement de pus abondant, amassé derrière les paupières; dans l'ophtalmie, il n'y a écoulement purulent que lorsque la perforation s'est faite.

Les glaucomes à évolution aiguë présentent aussi une inflammation considérable et de la perte de la vision; mais celle-ci existait déjà depuis quelque temps, accompagnée de troubles visuels. De plus la tension dans le glaucome est très élevée tandis que dans l'ophtalmie, si elle peut l'être au début, elle diminue ensuite.

Dans les formes de début il ne faudra pas confondre l'abcès annulaire de la cornée avec l'ulcère. Dans l'abcès annulaire, il n'y a pas perte de substance, cette lésion ne prend pas le bleu et c'est là le point capital.

De même il faudra distinguer la ténionite suppurée et le phlegmon de l'orbite. Dans cette dernière affection, la rougeur et l'œdème palpébral sont précoces, le gonflement et l'induration des culs-de-sacs conjonctivaux s'accompagnent d'une sensation très nette de fluctuation, ce qui n'existe pas quand la suppuration est limitée à la cavité ténionienne. L'exophtalmie est très marquée; souvent le globe est dévié latéralement et du côté opposé à celui où s'accumule le pus.

La cause réelle du processus oculaire pourra être soupçonnée par l'examen clinique du sujet; seul, l'examen bactériologique du pus oculaire ou l'hémoculture, détermineront la nature pneumococcique de l'ophtalmie.

CHAPITRE VI

Pronostic

Le *pronostic vital* est très grave : il est en rapport avec l'intensité de la septicémie dont l'ophtalmie est la localisation. Dans nos quinze observations, nous relevons sept cas mortels, soit 46 %. Les localisations bénignes (qui sont très rares) et la forme plastique de l'ophtalmie sont plutôt des manifestations d'une septicémie latente, permettant de poser un pronostic vital favorable. Au contraire, la forme phlegmoneuse résulte le plus souvent d'une pneumococcie aiguë qui, dans de nombreux cas, emporte le malade.

Il y a donc une relation indiscutable entre l'importance de la localisation oculaire, et l'intensité de la septicémie; il ne semble pas cependant que la complication oculaire soit en elle-même un élément d'aggravation pour le pronostic vital.

Ce dernier devra se baser sur l'intensité des phénomènes généraux (hyperthermie, hypothermie, dé-

lire, prostration) et sur l'importance des autres localisations : endocardite végétante, méningite, abcès du cerveau, etc..

Le *pronostic visuel* est encore plus sombre. L'abcès annulaire de la cornée, l'iritis, la rétinite de Roth, la ténionite opérée au début, peuvent guérir sans laisser de séquelles appréciables. Mais ces différentes lésions sont très rares. Le plus souvent l'infection s'est propagée au globe oculaire tout entier et dans ce cas l'œil est irrémédiablement perdu. La panophtalmie suppurée commande le plus souvent l'énucléation. Dans la forme plastique, si l'œil peut être conservé en tant qu'organe, il est perdu au point de vue fonctionnel.

CHAPITRE VII

Traitement

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — C'est celui de la septicémie à pneumocoques et de l'affection initiale : vider les abcès s'il y en a, et traitement médical par abcès de fixation, sérothérapie antipneumococcique, protéino-thérapie, toni-cardiaques, stimulants.

TRAITEMENT LOCAL. — Dans les cas bénins, comme l'abcès annulaire de la cornée, l'iritis, la rétinite de Roth, le traitement consistera dans l'emploi des mydriatiques, du cyanure hydrargique, du bleu de méthylène.

Mais quand les symptômes du phlegmon oculaire sont au complet, quand le malade est en proie aux vives douleurs dues à l'hypertension, l'énucléation est la méthode de choix.

Elle a été formellement rejetée par certains, en raison du danger de propagation de l'infection aux méninges par la gaine optique sectionnée, Mais les rares

cas de mort cités, ne relèvent certainement pas tous de cette complication : la méningite pouvait préexister ou être elle-même une localisation septicémique sans rapport avec l'intervention.

Pour M. le Professeur Rollet il n'y a pas d'indications plus formelles à l'énucléation que l'ophtalmie métastatique suppurée.

« L'énucléation sera pratiquée rapidement après anesthésie profonde à la novocaïne, opération aux ciseaux, pas de réunion, mèche de gaze, pansement humide. Je ne connais pas d'opération à suites aussi simples, donnant rapidement une sédation aussi parfaite » (ROLLET).

En présence d'une ténionite suppurée, à l'apparition de la plus légère trace d'inflammation suppurative au niveau de l'insertion d'un des tendons péri-cornéens ou du chémosis, le traitement est exclusivement chirurgical.

Après anesthésie au chlorure d'éthyle, on incisera au bistouri la collection purulente prétendineuse : un fin stylet introduit entre la sclérotique et la conjonctive explorera la loge ténionienne.

Dans les cas d'ophtalmie plastique, les injections de sérum antipneumococcique donnent de bons résultats, à condition d'employer de hautes doses.

Observations

OBSERVATION I

(Inédite)

(Clinique de M. le Professeur ROLLET)

*Ténonite suppurée consécutive à une pneumococcémie,
panophtalmie secondaire. Mort.*

H. M..., âgé de 54 ans, entre le 28 février 1927 à la clinique de M. le Professeur Pic, pour du délire avec prostration et forte hyperthermie de l'œil gauche, dont le début remonte au 20 février 1927.

L'interrogatoire est difficile, mais l'on apprend qu'il tousse depuis longtemps et a des habitudes éthyliques anciennes et très accentuées.

L'examen médical montre des signes d'hépatisation du sommet droit. On porte le diagnostic de pneumonie du sommet chez un éthylique et devant le mauvais état de l'œil gauche on fait passer le malade à la clinique ophtalmologique du Professeur Rollet.

Le 3 mai 1927 : L'œil droit est normal. Il existe du côté gauche un œdème inflammatoire rouge des paupières supérieure et inférieure, avec chémosis très marqué. Exophtalmie très marquée de l'O. G. de 24 millimètres (O. D. = 15 millimètres).

Pas de lésions de l'épithélium cornéen, la chambre antérieure est remplie de pus; l'œil est figé et absolument immobile,

Le 4 mars 1927 : La collection purulente orbitaire s'est ouverte spontanément au niveau de la conjonctive bûlbaire, à un centimètre du limbe, dans le secteur inféro-externe; il s'est écoulé un pus jaune crémeux, bien lié, paraissant venir de la capsule de Ténon.

Le 7 mars 1927 : On note l'existence de signes cliniques de méningite. On fait une ponction lombaire : liquide clair coulant en jet.

Au point de vue oculaire, l'exophtalmie a rapidement disparu ainsi que l'œdème palpébral, après la fistulisation spontanée, mais la collection intraoculaire persiste sans modification.

Le 8 mars 1927 : On fait sous anesthésie locale, une large énucléation en dehors de la capsule de Tenon. On constate que les graisses orbitaires ne renferment pas de collection purulente.

Décès le 10 mars 1927.

L'autopsie pratiquée le 11 mars 1927, montre une pneumonie du lobe supérieur droit, au stade d'hépatisation grise. Il existe, en outre, une végétation en chou-fleur, récente, d'endocardite située sur la valvule sigmoïde postérieure de l'aorte, ayant amené une perforation de cette valvule.

Reins du type cardiaque; grosse rate.

A l'ouverture du crâne, on constate l'existence d'un vaste enduit purulent occupant la convexité du cerveau; le liquide céphalo-rachidien constituant le lac péricchiasmatique est franchement séro-purulent.

EXAMENS DE LABORATOIRE :

1° *Ponction lombaire du 7 mars 1927* : Albumine, moins 0 gr. 30; cytologie, moins d'un élément blanc par millimètre cube à la cellule de Nageotte; pas d'éléments microbiens;

2° *Hémoculture du 8 mars 1927* : Pneumocoques à l'état pur;

3° *Pus retiré de la capsule de Tenon*, par l'orifice de fistulisation spontanée, avant l'énucléation : pneumocoques et streptocoques;

4° *Pus retiré par ponction de la chambre antérieure* avant l'énucléation, pneumocoques. A la culture sur gélose-ascite, pneumocoques et streptocoques;

5° *Pus méningé* retiré à l'autopsie, pneumocoque pur;

6° *L'examen histologique de l'œil énucléé* (Docteur Bussy), montre un abcès du corps vitré et de la chambre antérieure, une inflammation sclérale et des traînées inflammatoires confluentes occupant la capsule de Tenon. Il existe, en outre, de l'œdème et des signes inflammatoires moins accusés au niveau des graisses de l'orbite. En résumé, phlegmon de l'œil avec ténonite suppurée et début de phlegmon orbitaire.

7° *Examen histologique de la portion pré-chiasmatique du nerf optique* (prélevé à l'autopsie) : pas de signe d'inflammation,

OBSERVATION II

(Service de M. le Professeur ROLLET)

Abcès annulaire de la cornée avec irido-choroïdite métastatique à pneumocoques. — Pneumonie et septicémie à pneumocoques.

Mme D. A..., âgée de 45 ans, entre le 15 mars 1926 à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le Professeur Savy pour congestion pulmonaire.

A l'entrée : Malade de 45 ans, sans antécédents notables qui présente depuis deux jours une température à 38°5, témoignage d'une affection brusquement apparue avec point de côté droit, frisson, toux, expectoration, vomissements et diarrhée. L'examen ne révèle que des foyers de congestion des bases, surtout à droite, sans souffle.

Le 17 mars 1926 : Apparition d'un herpès labial et

d'une ophtalmie à droite avec chémosis marqué. A l'examen du pus des vésicules d'herpès : *pneumocorques*.

Le 18 mars 1926 : La malade passe dans le service de M. le Professeur Rollet. A l'examen :

O. D. : Œdème palpébral, chémosis.

Cornée : On remarque à 1 $\frac{m}{m}$ 5 du limbe environ, dans les couches interstitielles, une infiltration grisâtre annulaire, occupant toute la circonférence de la cornée, à limites irrégulières. L'épithélium antérieur est intact et ne prend pas le bleu. Cette infiltration annulaire est séparée du limbe cilio-cornéen par une portion de la cornée restée transparente.

Au total : Cette infiltration annulaire ressemble à un cercle sénil dont les limites seraient irrégulières, mais la fente en est plus franchement jaunâtre. Le centre de la cornée est transparent, mais moins qu'à l'état normal.

Chambre antérieure : Trouble, petit hypopyon de 5 h. à 7 h.

Iris : Iritis avec synéchies, l'iris est dilaté irrégulièrement, la surface antérieure est trouble.

Pupille : Irrégulière, l'orifice pupillaire est trouble, fond inéclairable.

Tension : = + 2 environ aux doigts, la pression est légèrement douloureuse.

V. O. D. : Réduite à la perception lumineuse.

O. G. : Normal.

Le 4 avril 1926 : La malade part. Les signes réactionnels oculaires ont à peu près complètement disparu; pas d'œdème palpébral ni de chémosis.

Les lésions cornéennes sont les mêmes: opacité annulaire de la cornée, sans lésions d'épithélium de surface.

Séclusion pupillaire totale, œil très mou, chambre antérieure trouble, V, = 0. Absence totale de projections,

Traitement par l'abcès de fixation, des injections sous-cutanées de lait, du sérum antipneumococcique, 560 cc. en 11 jours.

La malade quitte le service améliorée, mais non guérie.

OBSERVATION III

(ABT)

Panophtalmie métastatique à pneumocoques

L. M..., âgé de 10 mois, est pris de frissons et de fièvre dans la soirée du 22 novembre 1901. Le 24, on constate une pneumonie à la base gauche, qui s'améliora notablement du 28 au 29.

Le 29, l'œil droit est à-demi fermé, rougeur de la conjonctive.

Le 2 décembre, l'enfant est amené à la clinique.

O. D. : Larmoiement, injection intense de la conjonctive, cornée transparente, iris décoloré et gonflé, pupille étroite et obstruée par un exsudat grisâtre. Fond d'œil difficilement visible; exsudat jaune-rougeâtre, sans vaisseaux, recouvrant la papille et remplissant le tiers inférieur du vitré. Etat stationnaire les jours suivants.

Le 27 janvier, la paupière supérieure est légèrement gonflée, pupille complètement obstruée, l'œil est très douloureux à la pression. Etat général moins bon. *Enucléation. Guérison.*

L'étude bactériologique montre du *pneumocoque*.

OBSERVATION IV

(TOUZET)

Pneumonie, ophtalmie métastatique. Mort.

K. C..., soldat sénégalais, entre à l'hôpital le 12 mars 1921, avec pneumonie des deux sommets.

Dix jours après, défervescence normale. A ce moment on note des symptômes oculaires à gauche : œdème palpébral, trouble de la cornée, légère exophtalmie, pression douloureuse, vision nulle. Le lendemain, ces symptômes s'accroissent, l'état général s'aggrave; le malade meurt le surlendemain.

Le pus oculaire contenait du *pneumocoque* à l'état de pureté.

OBSERVATION V

(Clinique de M. le Professeur ROLLET)

Panophtalmie métastatique droite à pneumocoques consécutive à la grippe. Enucléation. Guérison.

Mme B..., A..., 41 ans, lavandière. Entrée le 27 janvier 1913.

Antécédents héréditaires et personnels : Rien de particulier. Grippe il y a 10 jours.

Histoire de la maladie : L'affection débute brusquement le 22 janvier. La malade s'est aperçue soudain que son œil droit était enflé, la paupière supérieure bombant légèrement en avant. Cet état s'accroît et le soir les paupières fortement bombées étaient légèrement collées. Dans les antécédents de la malade, on ne trouve rien du côté oculaire; par contre, la malade avait eu depuis huit jours une grippe qui l'avait rendue très faible, et au cours de laquelle il y avait eu un léger gonflement de la région sous-orbitaire, l'œil était rouge et douloureux.

Depuis le 22, la malade a eu des frissons, de la fièvre et de violentes douleurs oculaires. La paupière supérieure, rouge, tuméfiée, bombe fortement en avant et est intimement collée à la paupière inférieure. Région douloureuse à la pression.

Le 29 janvier : Les symptômes oculaires se sont accrus, l'énucléation est pratiquée.

Les suites opératoires furent excellentes.

L'examen bactériologique direct, ainsi que les cultures montrent du *pneumocoque* à l'état de pureté.

OBSERVATION VI

(DARRIEUX)

Panophtalmie par infection endogène pneumococcique d'origine hépatique

M... Marie, 50 ans, antécédents très marqués de lithiasse biliaire.

Le 25 octobre : Présente de la fièvre, ictère, douleurs dans l'hypocondre droit. Le 6 novembre, gonflement de la paupière de l'œil gauche, vision à peu près abolie, céphalées et douleurs oculaires violentes. Entre à l'hôpital le 8 novembre.

Examen : Etat général : Téguments jaunes, ventre ballonné et très douloureux à la pression. Température 39°9. Pouls 104.

O. G. : Gros œdème palpébral, exophtalmie, chémosis intense. Tout le champ pupillaire est occupé par une masse jaunâtre, les milieux sont inéclairables, l'acuité visuelle est nulle.

Le 9 novembre, l'état général s'aggrave, les douleurs oculaires sont intenses, on pratique l'énucléation. Mort le lendemain.

L'examen du pus oculaire montre du *pneumocoque* à l'état de pureté.

A l'autopsie, on trouve une vésicule biliaire pleine de masses calculeuses et de pus. Ce pus montre de nombreux *pneumocoques*.

OBSERVATION VII

(TERRIEN)

Irido-choroïdite aiguë bilatérale au cours d'une angio-cholite

M... X., 47 ans; antécédents marqués de lithiasie hépatique depuis 1902.

Le 5 février 1902, présente une crise lithiasique : douleurs hépatiques, ictère, fièvre. Le lendemain, douleurs très violentes à l'œil gauche, perte progressive et totale de la vision en 4 jours.

Le 8 mars, à l'examen :

O. G. : Irido-cyclite, perte de la vision lumineuse, globe très douloureux et hypertendu.

O. D. : Chémosis très accentué, irido-cyclite, pupille obstruée par des exsudats, vision lumineuse conservée.

Le 15 mars 1922 : Collection purulente intraoculaire venant faire jour à la partie supérieure du pôle antérieur de l'œil droit au-dessus de l'iris. L'examen bactériologique du pus montre la présence de *pneumocoques*.

On traite le malade par du sérum antipneumococcique à raison de 10 cc. par jour, et au bout de 6 jours on note une amélioration notable de l'état général.

Le malade quitte le service le 19 avril, les globes oculaires sont complètement atrophies.

OBSERVATION VIII

(MORAX)

Endocardite végétante; irido-choroïdite bilatérale avec abcès annulaire de la cornée

B. R..., 47 ans, souffrant d'une affection aiguë pulmonaire depuis le 3 janvier 1904; entre, le 17 janvier, à l'hôpital Lariboisière avec température élevée et délire subaigu qui persistera jusqu'à la mort. Présente des

signes de congestion du sommet droit. Le pouls qui s'accélére progressivement et les signes stéthoscopiques font penser à la possibilité d'une endocardite infectieuse.

Le 19 janvier : L'examen oculaire montre pour l'œil droit un trouble diffus de la cornée, et un exsudat purulent dans la chambre antérieure avec injection conjonctivale; dans l'œil gauche, des symptômes d'iritis légère qui resteront stationnaires, tandis qu'à droite l'exsudat purulent de la chambre antérieure augmente considérablement.

Enucléation de l'œil droit le 22 janvier. *Mort* le 25.

L'autopsie montre des adhérences pleurales et la congestion du poumon gauche. Lésions manifestes d'endocardite végétante sur la grande valve de l'orifice mitral. *Pneumocoques* dans le sang.

O. D. : Infiltration cornéenne, exsudats purulents dans la rétine, au niveau du corps ciliaire et dans la chambre antérieure : *pneumocoques* à l'état de pureté.

OBSERVATION IX

(LAGRANGE)

Panophtalmie à pneumocoques et pneumococcie sanguine

Mme B..., s'est présentée à l'hôpital Lariboisière le 18 janvier 1923, parce que depuis deux jours son œil droit était devenu rouge et douloureux.

Le début de ces troubles remontait au 10 janvier, marqué par un état grippal (courbature, fièvre, asthénie) et un peu de bronchite. Mais c'est cinq jours après, le 15 janvier, qu'elle aurait commencé à souffrir de l'œil droit.

Au moment de son entrée à l'hôpital, elle présentait une exophtalmie assez accentuée, un gros œdème palpébral, la cornée était trouble, les milieux oculaires avaient un reflet jaunâtre, la vision était nulle. Son état

général était cependant peu altéré, la température était à 37°6.

Le jour même de son entrée, l'énucléation fut faite et les suites opératoires furent bonnes.

Au point de vue bactériologique, on a pu noter la présence de *pneumocoques* à l'état de pureté dans le pus oculaire. L'hémoculture pratiquée au même moment donnait un léger voile au bout de trois jours. On constatait la présence de *pneumocoque* dans le sang.

OBSERVATION X (CABANNES ET AUBARET)

Panophtalmie métastatique à pneumocoques consécutive à une pneumonie. Endocardite. Mort.

Il s'agit d'un homme de 44 ans, qui fut pris, le 5 avril 1904, de frissons, fièvre, point de côté. Bientôt survinrent tous les signes d'une pneumonie aiguë du côté droit. Cette pneumonie évolua normalement.

Quelques jours après la défervescence, l'œil droit devient rapidement douloureux, la vue se trouble, la conjonctive s'enflamme, les paupières se tuméfient et peu à peu, s'installent tous les signes d'une panophtalmie aiguë suppurative. Le malade est envoyé à la clinique.

Du côté de l'œil droit, il existe une tuméfaction accentuée de la conjonctive et des paupières; chémosis intense sur le pourtour de la cornée, trouble jaunâtre des milieux, exophtalmie due à une infection secondaire du tissu cellulaire de l'orbite.

L'œil droit est énucléé; à l'examen du pus, *pneumocoques*. Quelques jours après l'intervention surviennent des symptômes alarmants : point de côté et fièvre réapparaissent, signe d'endocardite. Le malade meurt quelques jours après.

OBSERVATION XI

(HILLION)

Ophtalmie métastatique bilatérale consécutive à une pneumonie.

A la fin d'une pyrexie pneumonique, le médecin traitant constate dans les yeux d'un homme de 45 ans une sécrétion conjonctivale. Mais cette conjonctivite s'accompagnant d'une amaurose, le médecin envoie le malade dans une clinique. Là, on remarque que les paupières sont distendues par un œdème considérable, la fente palpébrale laisse suinter des flocons de pus. Les yeux sont saillants. Des injections de sérum sont faites. Malgré le traitement, au bout de deux mois, il y a atrophie complète des deux globes.

OBSERVATION XII

(VILLARD)

Irido-choroïdite post-broncho-pneumonique

M... B..., âgée de 14 mois, a été atteinte de broncho-pneumonie très grave en avril 1912. Un mois après le début de l'affection, les parents s'aperçoivent que l'enfant perd la vision.

Au premier examen, on note aux deux yeux l'existence de nombreuses synéchies pupillaires avec une chambre antérieure peu profonde. La vision paraît nulle.

A l'examen ophtalmoscopique, on perçoit une masse rougeâtre occupant toute la profondeur du globe oculaire. Un deuxième examen en juillet 1915 montre une cataracte symptomatique, vision nulle, hypotonie et tendance à l'atrophie des globes oculaires, surtout à gauche.

OBSERVATION XIII

(PETERS)

Rétinite au cours d'une pneumonie. Guérison.

Il s'agit d'un homme de 20 ans, qui, à la suite d'une pneumonie franche aiguë récente, avait eu de l'affaiblissement visuel dans l'œil gauche. Après une période athermique de trois jours, il s'était produit de nouveau une élévation de température pendant deux jours, et c'est alors que le trouble visuel s'était déclaré. Il y avait de l'iritis avec deux synéchies assez fortes. On constatait en outre des lésions de chorio-rétinite péripapillaires respectant la région maculaire. Il y avait là, dans une zone correspondant à trois diamètres papillaires, des foyers arrondis, grisâtres et légèrement saillants. L'acuité était de 1/5. En un mois, l'affection était complètement guérie et l'acuité visuelle était redevenue normale.

OBSERVATION XIV

(SILCOCK)

Panophtalmie double dans le cours d'une pneumonie.

Le malade, âgé de 35 ans, est pris subitement de frissons, le 4 octobre 1900, et on fait le diagnostic de pneumonie. Dix jours après, il rentre à l'hôpital avec une température élevée et des symptômes oculaires. L'œil droit présente une inflammation grave (chémosis, hypopyon, exophtalmie), l'œil gauche présente un trouble des milieux profonds. On pratique l'énucléation de l'œil droit. La mort survient le lendemain. L'étude bactériologique montre du *pneumocoque*. A l'autopsie, lésions d'endocardite végétante.

OBSERVATION XV

(MORAX)

Iritis au cours d'une septicémie à pneumocoque.

Il s'agit d'une malade qui, quelques semaines après un avortement, fut prise de phénomènes généraux graves, accompagnés de troubles visuels. La température était très élevée, on pensa à une infection d'origine utérine et de nature streptococcique. La malade se plaignait d'un affaiblissement visuel considérable dans les deux yeux. On constata, de ce côté, une injection périkeratique assez marquée, un léger trouble de l'humeur aqueuse et une exsudation grisâtre remplissant complètement la pupille et plus accusée à droite qu'à gauche. A gauche, l'on éclairait difficilement le fond de l'œil et l'on ne pouvait distinguer les détails. A droite, l'exsudat pupillaire épais rendait tout examen impossible. La température continua à rester élevée, mais, dans les deux jours qui suivirent, l'exsudat pupillaire de l'œil gauche se résorba tandis qu'à droite il diminuait d'épaisseur.

Par contre, aggravation de l'état général, mort 4 jours après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie fit constater la présence d'un abcès cérébral siégeant dans le lobe occipital gauche et renfermant du *pneumocoque* à l'état de pureté.

Conclusions

I. — On entend sous le nom d'ophtalmie métastatique les infections oculaires d'origine endogène envahissant progressivement toutes les tuniques de l'œil ou se localisant à l'une d'entre elles.

La septicémie pneumococcique dont l'ophtalmie est la localisation, relève de la pneumonie principalement, de la broncho-pneumonie, de la grippe, de la lithiase biliaire et de toute autre infection à pneumocoques.

II. — Ces ophtalmies sont propagées à l'œil par la voie sanguine. Le pneumocoque est le germe pathogène qui s'arrête et se cultive au niveau de l'œil à la suite d'une embolie microbienne se constituant dans les vaisseaux ciliaires, réiniens, choroïdiens, ou dans le plexus capillaire péricornéen.

III. — La localisation oculaire a un début variable suivant le point où se forme l'embolie. Dans le segment antérieur, on observe l'abcès annulaire de la cornée et l'iritis; dans le segment postérieur, la chorio-rétinite, la rétinite de Roth; plus postérieurement, derrière la coque oculaire, la ténionite.

Ces affections peuvent rester au stade exsudatif et guérir. Le plus souvent, elles évoluent vers la sup-

puration, qui envahit toutes les membranes oculaires, d'où panophtalmie et perte totale du globe.

IV. — On posera le diagnostic d'ophtalmie, à l'aide de l'ensemble symptomatique suivant : douleurs oculaires plus ou moins violentes, perte progressive de l'acuité visuelle, œdème palpébral, cercle péricératique, chémosis, exophtalmie. Les examens clinique et bactériologique indiqueront la cause réelle du processus oculaire.

V. — Le pronostic vital est grave et dépend de l'intensité de la septicémie. Dans nos 15 observations nous relevons 7 cas mortels, soit 46 %. Le pronostic visuel est presque fatal : sur les 8 cas de survie, il y a eu 7 fois perte de la vision, soit 87 %.

VI. — Le traitement général est celui de la septicémie causale : abcès de fixation, sérothérapie anti-pneumococcique, protéinothérapie, toni-cardiaques, stimulants.

Le traitement local consiste dans l'emploi des mydriatiques et antiseptiques oculaires. L'énucléation est la méthode de choix en cas de panophtalmie suppurative.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
LE DOYEN,	ROLLET.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 10 Novembre 1927.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- ABT. — Un cas d'ophtalmie suppurative à pneumocoque consécutive à une pneumonie (*Soc. d'Opht. de Paris*, avril 1902).
- AHLSTRÔM. — Cas d'ophtalmie métastatique pendant une pneumonie (*Clin. Opht.*, 25 mars 1897, p. 64).
- AXENFELD. — L'ophtalmie métastatique, son étiologie et sa signification pronostique (*Græf's. Arch. f. Opht.* 1894, pp. 1 à 129).
- BAUVIEUX et LACOSTE. — Double panophtalmie au cours d'une septico-pyémie pneumococcique (*Arch. d'Opht.*, 1911, t. 31, p. 727).
- BERGER. — Les maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale (*Encyclop. Fr. d'Opht.*, t. IV, p. 160).
- BIETTI. — Contribution clinique et anatomique à l'étude de l'ophtalmie métastatique (*Annali di Ottalm.*, 1903, fasc. I, pp. 3-50).
- CABANNES et AUBARET. — Panophtalmie à pneumocoques (*Soc. de Méd. et Chir. de Bordeaux*, 7 juin 1904).
- CASALI. — Ophtalmie métastatique par le diplocoque de Talamon-Frœnkel (*Annali di Ottalm.*, décembre 1902).
- CHENET. — L'ophtalmie métastatique (*Thèse de Paris*, 1912).

- DESBRIÈRES. — Contribution à l'étude de la panophtalmie secondaire infectieuse (*Thèse de Paris*, 1890).
- DUPUY-DUTEMPS. — Irido-choroïdites au cours des infections aiguës (*Rapport à la Soc. Fr. d'Opht.*, 8 mai 1922).
- FAVA. — Panophtalmie métastatique expérimentale à pneumocoques (*Annales d'Ocul.*, mars 1913, p. 196).
- FEJER. — Panophtalmie après pneumonie (*Centralbl. f. Prakt. Augenh.*, 1913).
- FERRI. — Infection endogène des globes oculaires par le pneumocoque (*Annali di Ottalm.*, vol. XXV, fasc. 3).
- FRÆNKEL. — Altérations ophtalmoscopiques en cas de pneumonie (*Græf's Arch.*, t. XLVIII, p. 456).
- GASPARRINI. — Ténionite suppurée à pneumocoques (*Annali di Ottalm.*, 1894, p. 453).
- GISSELBRECHT. — Contribution à l'étude des métastases oculaires infectieuses (*Thèse de Nancy*, 1902).
- GOH. — Contribution à l'étude des troubles oculaires dans les affections générales (*Græf's Arch. f. Opht.*, vol. XLIII, fasc. I).
- HERRNHEISER. — Travaux sur l'inflammation métastatique de l'œil et la rétinite septique (*Klin. Monatsbl., f. Aug.*, 1892, p. 393).
- HAUSHALTER et VILBER. — Ophtalmie purulente à pneumocoques dans un cas de pneumonie (*Gaz. hebd. de Méd. et Chir.*, 1896, n° 27, p. 321).
- HILLION. — Ophtalmie métastatique bilatérale consécutive à une pneumonie (*Arch. d'Opht.*, 1913, p. 297).
- LAGRANGE. — Un cas de panophtalmie métastatique à pneumocoques (*Journal de Méd. de Bordeaux*, juin 1902).
- Panophtalmie à pneumocoques et pneumococcie sanguine (*Annales d'Ocul.*, 1913, p. 626).

- JOURNEAULT. — Complications oculaires de la grippe (*Thèse de Paris*, 1919).
- LIEBRECHT. — Deux cas d'ophtalmie métastatique à pneumocoques (*Klin. Monat. f. Augenh.*, 1903).
- LOBEL. — Un cas d'ophtalmie bilatérale à pneumocoques (*Zeitschrift. f. Augenh.*, vol. XI).
- MAFFI. — Panophtalmie consécutive à une infection pneumococcique (*Archivio di Ottalm.*, VII, 3-4).
- MITVALSKY. — Ophtalmie métastatique après une pneumonie (*Revue génér. d'Opht.*, novembre 1891, p. 481).
- MORAX. — Abcès annulaire de la cornée (*Soc. d'Opht. de Paris*, 1904, p. 140).
- NANTANSON. — Panophtalmies après pneumonie (*Medizinske Obozrenje*, vol. XXIII, 1890, fas. 11).
- PATTERSON. — Iritis bilatérale métastatique suite de mastoïdite et pneumonie (*Colorado Opht. Soc.*, 15 février 1913).
- PETERS. — Sur les lésions du fond d'œil dans la pneumonie (*Klin. Monat. f. Augenh.*, mai 1901, p. 392).
- PETIT. — Ophtalmie métastatique chez un pneumonique (*Soc. Fr. d'Opht.*, 1901, p. 426).
- PICARD. — La panophtalmie métastatique (*Thèse de Lyon*, 1916).
- PIECHAUD. — Choroïdite suppurative (*Presse Méd. Belge*, 1874, n° 12).
- POULARD. — Iritis pneumococcique (*Traité d'Opht.*, p. 328).
- ROLLET. — Ténionite suppurée (*Soc. Fr. d'Opht.*, mai 1902, p. 114).
- Les ténionites (*Encyclop. Fr. d'Opht.*, vol. VIII, p. 480).
- Discussion du Rapport de la Soc. Fr. d'Opht., 1922, p. 147).

- ROLLET et COLRAT. — Ténonite suppurée consécutive à une pneumococcémie (*Lyon Médical*, 17 juillet 1927).
- RISTITCH. — L'abcès annulaire de la cornée d'origine métastatique (*Thèse de Lyon*, 1926).
- SAMPERI. — Ophtalmie métastatique à pneumocoques sur un sujet atteint de grippe (*Archivio di Ottalm.*, juin 1920).
- SILCOCK. — Ophtalmie pneumococcique (*Soc. Opht. du Royaume-Uni*, mars 1900).
- TAUPIN. — Des suppurations ténoniennes (*Thèse de Lyon*, 1926).
- TERLINCK. — Choroïdite et ténonite métastatiques simultanées à pneumocoques (*Soc. Belge d'Opht.*, 25 avril 1920).
- TERRIEN. — Trois observations de panophtalmies métastatiques (*Soc. Franç. d'Opht.*, 1922, p. 127).
- TOUZET. — Un cas de panophtalmie métastatique à pneumocoques chez un Sénégalais (*Arch. d'Opht.*, 1921, p. 372).
- VILLARD. — Complications oculaires des pneumonies et broncho-pneumonies (*Annales d'Ocul.*, 1922, p. 746).
- WACHOWSKY. — Choroïdite hémosporique chez l'enfant (*Thèse de Paris*, 1924).

